Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

Versión Taquigráfica N° 466 de 2011

EMERGENCIA SANITARIA

**Aplicación de la Ley Nº 18.711,
de 22 de diciembre de 2010**
ver exposición

SITUACIÓN DEL BANCO DE TUMORES
ver exposición

**Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 5 de abril de 2011**

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Antonio Chiesa Bruno.

MIEMBROS: Señores Representantes Daniel Bianchi, Berta Sanseverino, Daniel Radío y Álvaro Vega Llanes.

DELEGADOS DE SECTOR: Señor Representante Javier García.

ASISTEN: Señores Representantes Gustavo Bernini y José Carlos Cardoso.

INVITADOS: Señores Ministro de Salud Pública, economista Daniel Olesker; Subsecretario, doctor Jorge Venegas; Director General, escribano Julio Martínez; Director de Descentralización, doctor Daniel Pazos; Director General de ASSE, doctor Mario Córdoba; Vicepresidente, Ángel Peñaloza; Adjunta a Gerencia General, doctora María del Valle Miralles; Gerente Asistencial, doctora Alicia Ferreira; Asesora, doctora Cecilia Greif; Director, Radioterapeuta Wilfredo López, y Adjunto a Dirección, licenciado en Enfermería Carlos Lima.

Señores Ministro de Defensa Nacional, Luis Rosadilla; Director General de Secretaría, Jorge Delgado; Directora General de Servicios Sociales, doctora Gabriela González; y Ayudante, Capitán de Fragata Pablo Marrero.

SEÑOR PRESIDENTE (Chiesa Bruno).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el agrado de recibir al señor Ministro de Salud Pública, economista Daniel Olesker, al señor Subsecretario, doctor Jorge Venegas, al Director General, escribano Julio Martínez y al Director de

Descentralización, doctor Daniel Pazos y a una delegación de ASSE, integrada por el Presidente, doctor Mario Córdoba, el Vicepresidente, señor Angel Peñaloza, la Adjunta de Gerencia General, doctora María Miralles, la Asesora de Directorio, doctora Cecilia Greif, la Gerente Asistencial, doctora Alicia Ferreira, el Director radioterapeuta, señor Wilfredo López y el Adjunto a la Dirección, Licenciado en enfermería, señor Carlos Lima, a efectos de conocer los números relativos a la emergencia sanitaria.

Debo informarles que en el día de hoy se reúne la Asamblea General y, además, tenemos la presencia de otro señor Ministro a la hora 14.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Voy a hacer una presentación inicial.

A efectos de ordenar la discusión, hemos hecho un balance cualitativo de la situación generada a partir de la ley de emergencia sanitaria y de las actividades realizadas. De todos modos, hemos traído una lista de los pacientes no diferibles para evitar la confusión que se generó en la situación anterior, en la que estaban las urgencias, los no diferibles y los pacientes coordinados. Como dije, hemos traído la lista que incluye exclusivamente uno por uno los pacientes no diferibles de coordinación, con nombre y apellido y hospital donde se atendió, con porcentaje de operaciones, dividido entre Montevideo e interior, precisamente, porque vamos a hacer una evaluación diferente de esos dos lugares. También dividimos las urgencias y emergencias entre Montevideo y el interior.

Voy a dividir la exposición en tres partes y, luego, cederé la palabra a los compañeros de ASSE, en particular a la Gerencias.

En primer lugar, quiero señalar que a partir de la aprobación de la ley de emergencia sanitaria tal como fue dicho en la reunión anterior- se conformó un proceso de negociación para el departamento de Montevideo y la zona metropolitana que llevó a la conformación de las Unidades Asistenciales Integradas de Anestesistas y Cirujanos, con un sistema de remuneración que los vinculaba al tiempo de espera. En ese sentido, los hospitales del área metropolitana estuvieron totalmente integrados en ese sistema, con operaciones de manera permanente y reduciendo a la mitad la lista de espera de los pacientes no diferibles, con porcentajes más altos en los Hospitales Pereira Rossell y Pasteur, y un poco menores en el Hospital Maciel, en el entorno del 50%. Todavía nos queda un mes y medio desde que el 20 de marzo se decretó la emergencia sanitaria, a este ritmo y teniendo en cuenta que nuevos pacientes no diferibles ingresan a la coordinación, pensamos que vamos a llegar en tiempo y forma. Decimos esto porque independientemente del plazo de la emergencia sanitaria, está instaurado un sistema que ha permitido romper con algo que los hospitales de ASSE Montevideo no tenían: la permanencia de atención sanitaria y de cirugía. De hecho, no ha habido un día en que no hubiera urgencia y emergencia en los hospitales del área metropolitana. Esto no figura en los datos que trajimos porque, repito, están los datos de operaciones del área metropolitana de pacientes no diferibles en lista de espera. En cambio, esto sí pasó en el interior, y más adelante voy a referirme a ese aspecto.

Vamos a entregar a la Comisión el informe en el que constan todas las listas de los pacientes.

En definitiva, queremos transmitir una visión global positiva de cómo se han recompuesto los niveles de atención sanitaria en el departamento de Montevideo, en los hospitales del área metropolitana, tanto en cirugía de urgencia como en cirugía de coordinación. Esto ha estado alentado en un acuerdo con las gremiales, en un sistema de remuneración y trabajo UCAF, basado en productividad por tiempos de espera y en un pago de la urgencia y de la emergencia, que se financió con fondos extrapresupuestales vinculados a la emergencia sanitaria. Pero, desde ya adelantamos que para ASSE no es sostenible en el tiempo pagar doble el retén. Una vez sacada la urgencia, volveremos a un sistema de pagos que se adecue más a la competencia con el sector privado y a los niveles de remuneración posibles. Esto ya se lo anunciamos a las gremiales, y estamos en pleno proceso de discusión de cuál va a ser la remuneración definitiva para urgencia y emergencia, que será superior a la que se pagaba antes, porque si no, no habrá capacidad de incorporación de estos profesionales, pero es obvio que será menor a la que se pagó exclusivamente para la urgencia y emergencia, para el doble retén como se informó anteriormente.

En segundo término, en el caso del interior, los resultados son de menor disponibilidad. Las urgencias y emergencias, en líneas generales, se cubrieron, con algunas excepciones como Colonia, Maldonado, Salto y Rivera. En ese sentido, se ha hecho un acuerdo con la Federación Médica del Interior para lograr una complementación con el trabajo de anestesistas, que ya está funcionando en algunos lugares. En las listas de

espera los porcentajes son menores y eso está provocado por una cierta migración de anestesistas del interior a Montevideo. Mejor dicho: se cortó la migración de anestesistas de Montevideo al interior debido a las condiciones económicas y de trabajo en Montevideo y en la zona metropolitana; esto incrementado por las listas de espera, provocó menos voluntad de ir al interior. Para ello como se sabe- se formaron dos Comisiones y ya tenemos en nuestro poder las resoluciones que han planteado. Básicamente, la problemática detectada, una vez analizado el sistema, tiene que ver con la falta general de anestesistas en el país. Esto quedó claramente demostrado cuando hubo que incrementar el volumen de trabajo y también se notó cómo la atención quedó desvestida en algunos lugares donde no existía la escala para hacerlo.

También quedó demostrado que el volumen de trabajo que realizaban los anestesistas podía ser efectuado por otros especialistas.

Además, también quedó claro que en departamentos donde la utilización del block quirúrgico es muy baja, en lugares donde hay menos de una operación por block por día, no se justificaba que no hubiera un sistema único de guardias de anestesias.

En ese sentido, conversamos con la Federación Médica del Interior. Ya tuvimos una reunión de Ministro a Presidente y esta semana se van a reunir las Gerencias de ASSE y de FEMI para llegar a un acuerdo. Este fin de semana, en Salto los anestesistas vinieron a Montevideo a un congreso y decidieron no quedarse en el departamento. Entonces, se hizo un acuerdo entre la mutual de FEMI del departamento y ASSE para que la guardia de FEMI atendiera al conjunto y así sucedió. Lo mismo ocurrió en Maldonado y en algún otro departamento que no recuerdo en este momento.

Por lo tanto, el grupo de trabajo en el que participaron por primera vez en la historia del sistema sanitario los anestesistas, los prestadores privados y públicos, el Ministerio de Salud Pública, la Cátedra de Anestesiología y la Escuela de Graduados, llegó a varios acuerdos. En primer lugar, que el sistema académico tiene capacidad para formar más residentes en anestesia y hay financiamiento para hacerlo. Con esto ya se incrementó el número de anestesistas este año y se seguirá incrementando a lo largo del quinquenio. En segundo término, que existe voluntad por parte de los prestadores privados del interior del país para instalar residencias compartidas con ASSE en el interior. Hasta ahora FEMI se había resistido bastante a la incorporación del sistema de residencia por razones que no conocemos ni vienen al caso. En tercer lugar, la posibilidad de que los residentes de anestesia opten por un cuarto año de residencia para formase en alguna subespecialidad sin que ello implique aumentar los años de formación de anestesia. Esto permitiría que residentes de otras especialidades con un R4 pudieran formarse en anestesia.

Por otra parte, hay que tener en cuenta la complementación público privada para que se afinquen en el país profesionales que atiendan simultáneamente ambas instituciones.

Otro aspecto es la regulación de la especialidad. Hay acuerdo en la Sociedad de Anestesiología en cuanto a que hay procedimientos que pueden no ser realizados por anestesistas, sobre todo, los que se efectúan fuera de block o los que se realizan en block y son de baja complejidad. Me refiero a una especie de "títulos intermedios" entre comillas para que bajo supervisión y con retén, residentes de tercer y segundo año puedan realizar prestaciones de baja complejidad. Esto aliviaría bastante el proceso en Montevideo y no en el interior porque el problema es la disponibilidad de profesionales, pero en el marco de un acuerdo regulatorio, podría permitir redistribuir los especialistas en todo el país.

En definitiva, haciendo un balance de medio camino, tenemos un sistema instalado en el área metropolitana que está resuelto, más allá de algunos arreglos económicos que estamos negociando y que van a llegar a buen puerto. A su vez, en el interior, a partir del reordenamiento que generó la ley y los acuerdos, existen problemas estructurales más de fondo, que estamos tratando de solucionar en base a los puntos que mencioné, sobre todo, con el acuerdo FEMI ASSE que está muy cerca de ser firmado, que permitirá que la anestesia sea común en los departamentos de bajas prevalencias quirúrgicas y casi nula presencia de profesionales de la anestesia.

SEÑORA FERREIRA.- Como decía el señor Ministro, durante este período del plan de emergencia sanitaria hemos realizado mayor número de intervenciones quirúrgicas en los hospitales del área metropolitana y en algunos del interior que tenían mayor atraso en la resolución de sus pacientes quirúrgicos. Se trata de los llamados Centros Regionales o polos de desarrollo, excepto el hospital de

Tacuarembó que no tenía atraso quirúrgico, y los hospitales de Artigas y Rivera que, dentro de los que llamamos de segundo nivel de atención en el interior, eran los que tenían mayor atraso quirúrgico. Como todos recordarán, se pidió a cada uno de estos hospitales que realizaran una priorización de pacientes no diferibles que los equipos quirúrgicos y anestésicos de los hospitales debían resolver durante el período de la emergencia sanitaria. En ese sentido, la mayoría de los hospitales, sobre todo los de área metropolitana, comenzaron a operar durante el mes de enero. En el interior hubo mayor dificultad porque había que incorporar equipamiento y personal tanto médico como no médico, por lo tanto, comenzaron a operar en febrero y han estado operando durante los meses de febrero y marzo. Una de los motivos de esa dificultad se debe a la necesidad de componer los equipos, tanto de personal médico como no médico y de equipamiento. Es importante destacar que las listas de retrasos quirúrgicos están conformadas por pacientes que concurrieron a la consulta quirúrgica y que, cuando se planificó hacer la intervención que estaba prevista y se intentó contactarlos, en muchos casos, se verificó que algunos pacientes no diferibles habían pasado al mutualismo recordarán que en febrero se abrió el corralito, mientras que a otros no fue posible ubicarlos porque habían cambiado de número de teléfono o de celular; algunos hospitales aún tienen dificultades para comunicarse con estos pacientes. Estas son las razones por las cuales todavía no se ha completado la lista de operaciones planificadas de la lista de espera de pacientes no diferibles, pero pensamos que en el correr de los meses podremos resolverlo.

También quiero resaltar que, promedialmente, durante el primer trimestre de 2011 se ha operado un 12% más que en el primer trimestre de 2010. Esto se dio porque cuando incrementamos los equipos quirúrgicos y los equipos para que los hospitales operaran más que habitualmente, aquellos en los que se venía operando en forma regular se mantuvo ese ritmo y se incrementó la actividad quirúrgica. Los hospitales como el de Rivera, el Maciel y el Pereira Rossell tenían un nivel de coordinación que venía descendiendo a un grado crítico; en diciembre, los dos últimos hacía meses que no estaban operando ningún paciente de coordinación. Estos hospitales recuperaron el nivel basal de intervenciones y, además, incrementaron la actividad quirúrgica.

En este momento, no se está generando nueva lista de espera; no hay atraso porque los hospitales están operando más que lo que basalmente operaban en meses ordinarios.

El tercer aspecto que quiero destacar tiene que ver con algo que ya planteó el señor Ministro. El número de anestesistas no es suficiente como para ocuparse de los blocks de urgencia que hay en cada uno de los departamentos y, como hubo un pago incremental en los hospitales del área metropolitana, de Montevideo, que eran los que estaban en una situación más crítica, se produjo un efecto de "robo" interno entre comillas, por el que los anestesistas que estaban cubriendo en el interior empezaron a cubrir más en Montevideo. Por eso en el interior hubo falta de cobertura de las guardias de urgencia. Queremos destacar que en el interior se siguió actuando como hasta ahora: cuando un paciente no se puede operar en el hospital recurre a la IAMC; nunca se deja un paciente sin operar de urgencia. En Montevideo, en algunos casos, se dio la situación inversa: mientras que todos los blocks quirúrgicos de los hospitales tenían la guardia interna de anestesistas cubierta, algunas instituciones privadas tuvieron dificultades para cubrir esas guardias de urgencia.

SEÑOR BIANCHI.- Conozco bastante la realidad del departamento de Colonia y sé que el Hospital de Carmelo siempre ha funcionado bien desde el punto de vista quirúrgico; prácticamente no hay atraso. Lo que nos preocupa es la situación del Hospital de Colonia, cuya actividad quirúrgica es muy baja, casi nula. Todos sabemos que como la mutualista Orameco está cruzando la calle prácticamente todos los pacientes van a operarse allí. Tendríamos que tratar de revertir esta situación, porque hablamos de la ciudad más importante de Colonia, que no solo recibe a los pacientes propios, sino también a los de casi toda la zona este del departamento, porque en Rosario también se está operando poco; además, se derivan hacia allí pacientes de Ombúes de Lavalle, Conchillas, etcétera. Hay que tener en cuenta, además, que en un año o en un año y medio en Conchillas se radicará una empresa que empleará a unas cinco mil o seis mil personas. Insisto: hay que tratar de revertir esta situación.

SEÑORA FERREIRA.- El Hospital de Colonia es uno de los centros regionales y polos de desarrollo. Tenía una lista de 50 pacientes no diferibles y hasta la fecha operó a 14. Efectivamente, allí hay un problema, porque el Hospital de Rosario y el de Carmelo tienen resueltas las coberturas de urgencia y de coordinación; el Hospital de Juan Lacaze algunos días tiene dificultades, pero en general está

cubierto. El problema es la capital departamental, donde se hizo un acuerdo con el Hospital Evangélico y el Sanatorio Orameco para enviarles los pacientes que requerían urgencias. Como mencionó el señor Ministro, este es uno de los departamentos en los que a través de la Dirección Departamental de Salud se trata de coordinar una solución que permita resolver la situación quirúrgica de la población, independientemente del ámbito del que sea usuaria.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Frente a situaciones que se habían dado en Colonia y en otros departamentos, en las que las instituciones habían puesto algunas trabas a las guardias compartidas algunas de orden técnico, entendibles, pero otras no tanto, el viernes por la tarde nos reunimos con el doctor Mier, Presidente de FEMI, y acordamos que daremos a nuestras respectivas instituciones la indicación de que, en los casos en que sea necesario, las guardias sean compartidas. Lo que muchas veces se le proponía a ASSE era que se llevara a la persona a operar en la IAMC, lo cual resolvía el problema pero con un nivel de costos tal que la alternativa terminaba volviéndose inaccesible. El concepto de guardia compartida implica que el profesional esté de guardia al mismo tiempo en los dos lugares y que solo se traslade de un lugar a otro en casos muy excepcionales. Por lo tanto, esperamos que a partir de este lineamiento del Consejo Directivo de FEMI aunque aclaro que el Hospital Evangélico no integra esa Federación, estos problemas empiecen a resolverse y haya guardias de emergencia compartidas.

Es obvio que esto no es gratuito. ASSE tiene mucho para ofrecer a las IAMC en terrenos en los que estas son más carentes, como el primer nivel, la salud rural y la salud sexual y reproductiva. Quiere decir que, en el fondo, esta es una cuenta corriente de intercambio de servicios que aspiramos concretar en un acuerdo marco que esperamos firmar en unos 15 días.

SEÑORA MIRALLES.- Para nosotros Colonia fue el caso paradigmático, porque teníamos cuatro anestesistas para cubrir la cirugía en tres instituciones. Si tenían guardia interna resultaba humanamente imposible cubrir todo. Teniendo en cuenta la cantidad de urgencias diarias, ese es un ejemplo de mala utilización de los recursos que termina afectando el sistema.

SEÑORA SANSEVERINO.- Agradecemos la presencia de esta delegación y el informe que nos están brindando.

El pasado 10 de febrero estuvo aquí el señor Ministro con todo su equipo y nos brindaron una información muy exhaustiva que, obviamente, la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social agradeció, reconociendo el trabajo desarrollado.

Hoy quiero referirme a uno de los compromisos asumidos en los acuerdos llevados a cabo en el mes de diciembre, que fue la creación de la Comisión para estudiar la disponibilidad de los anestesistas en el mediano y largo plazo. Como decía el señor Ministro, esa Comisión iba a funcionar con integrantes del Consejo de la Facultad de Medicina y de la Cátedra de Anestesiología del Hospital de Clínicas. Entiendo que ese es un espacio de extraordinario valor para lograr las coordinaciones y que nos dará una perspectiva en el mediano plazo, ya que en este caso, al igual que en cualquier política pública, además de resolver las urgencias y las emergencias tenemos que ir dando pasos en el marco de este gran cambio que ha significado la reforma de la salud.

Ya iniciado el año y en plena actividad, me gustaría saber cómo viene desarrollándose ese plan de trabajo. Creo que muchos de ustedes integran la Comisión.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Esa Comisión se instaló inmediatamente después de sancionada la ley, y se conformaron dos grupos de trabajo. Uno de ellos tenía como objetivo diagnosticar las necesidades de anestesia, en función de informaciones tales el número de "blocks", número de operaciones por departamento, tipo de operaciones, etcétera. El otro grupo trabajó simultáneamente, si bien la lógica podría indicar que se hiciera a posteriori de detectar los problemas. Lo cierto es que como algunos problemas que iban a surgir de las informaciones ya eran relativamente conocidos, sobre todo respecto a la disponibilidad y a la distribución geográfica, fue posible que los grupos trabajaran al mismo tiempo.

El grupo que trabajó sobre la disponibilidad indicó pensamos que en quince días estará pronto el informe que hay pocos profesionales y una mala distribución geográfica. Como dijimos la doctora Ferreira y yo, al principio la emergencia sanitaria agravó el problema de distribución geográfica en la medida en que para absorber los dos lugares paradigmáticos en los que las listas de espera presionaban fuertemente, que son los Hospitales Maciel y Pereira Rossell, al ritmo actual y cubriendo todas las urgencias a partir de aquel día, se provocó una mayor dedicación de anestesistas en el departamento de Montevideo y, por ende, menor disponibilidad de traslado de estos profesionales. Esto lleva a pensar básicamente en dos cuestiones. Por un lado tenemos la existencia de una excesiva dotación de "blocks" quirúrgicos en algunas localidades donde no se justifica su existencia y, por otro, la necesidad de las guardias compartidas de las que hablábamos recién. Por eso, el sistema de UCAF, que fue muy útil para Montevideo, la zona metropolitana y algunos departamentos de densidad asistencial, no necesariamente es la solución para otros departamentos en los que el ritmo no lo justifica ni lo justificará en el mediano plazo.

Con respecto al otro grupo de trabajo, básicamente se está trabajando en las diplomaturas, por ejemplo de sedación o de intensivistas que hacen su formación en anestesia de baja complejidad. También se está trabajando en los "títulos intermedios" entre comillas de los residentes, así como en la reglamentación de la Ley de Residencias Médicas que se votó en el Parlamento en el año 2008, dado que todavía hay aspectos a reglamentar. Ustedes recordarán que la innovación más importante que estableció esta ley fue la obligación de trabajar en el lugar en el que se hizo la residencia por el mismo período de la residencia luego de terminada, siempre y cuando se establezca en el llamado. En ASSE se hizo así; no sé si se llevó a cabo en el ámbito privado. Quizás haya que avanzar más en esa reglamentación, incorporando no solo una localización del prestador sino también la distribución geográfica de ese prestador. No hablo del caso de los anestesistas pero sí de la pediatría, que ha sido un problema importante, sobre todo por la enorme absorción de trabajo en la zona metropolitana. Por ejemplo, se acaba de decidir instalar no sé si ya se instaló una unidad con Grados 5 en Pediatría de la Facultad de Medicina para hacer residencias en el departamento de Cerro Largo. Diría que los dos grandes temas en los que trabaja este grupo son la regulación de la especialidad, es decir qué pueden hacer unos y otros, y los diplomados y títulos intermedios para liberar las anestesias de alta complejidad para aquellos que efectivamente son anestesistas de grados altos.

SEÑORA FERREIRA.- Solo quiero agregar que si no hubiera existido una ley de emergencia sanitaria hubiéramos tenido un problema grave, porque ningún sistema privado podía cubrir las necesidades de urgencia y emergencia de los pacientes de ASSE en Montevideo y el área metropolitana. En el interior, a pesar de que en algunos lugares no tenemos la cobertura, los usuarios pueden operarse en otra institución, pero en Montevideo no hubiera sido posible, reitero, si no hubiéramos estado en el marco de esa ley.

SEÑOR RADÍO.- ¿En qué incidió la ley exactamente?

SEÑORA FERREIRA.- Incide en dos aspectos. En primer lugar, cuando entró en vigencia esta ley la Sociedad Anestésico Quirúrgica nos convocó a una reunión urgente para resolver un acuerdo. Hasta ese momento habíamos intentado por todos los medios llegar a un acuerdo con los anestesistas y los cirujanos y no había sido posible. Ellos se avinieron a tener un acuerdo con ASSE bajo el marco de la ley; de otra forma no hubiera sido posible.

El otro punto que incide es la posibilidad de los créditos extra que prevé la Ley de Presupuesto, que nos permite pagar los costos extra que estamos teniendo en este momento. Solo con el presupuesto de ASSE no hubiera sido posible afrontar ese gasto.

SEÑOR GARCÍA.- Según los números que las autoridades del Ministerio brindaron en la comparecencia anterior, entre el 1º y el 31 de enero pasado fueron operados 1.520 pacientes. Al día de hoy ese número asciende a 1.871. No entiendo por qué en el primer mes se operaron algo más de 1.500 pacientes y en los restantes meses y hasta el día de hoy solo alrededor de 300. No sé cuál es la explicación de esto.

Mi segunda pregunta es en qué se fundamenta que en el primer mes el incremento con respecto a similar mes del año anterior fue del 37% y hoy el incremento con respecto al mismo período anterior sea solo del 12%, según las cifras de ASSE que recién nos daba la doctora Ferreira. Por otra parte, lo de Paysandú es muy

llamativo, y lo sumo a lo que mencionó el señor Diputado Bianchi con respecto a Colonia. Según las cifras que se han dado, los operados no llegan al 10% en el Hospital Escuela de Paysandú.

SEÑORA FERREIRA.- La diferencia de datos que menciona el señor Diputado García se debe a lo siguiente. Nosotros habíamos presentado un cuadro más extenso como recordarán, que resultaba difícil de entender y, por ello, lo resumimos. En aquella oportunidad, presentamos todas las intervenciones quirúrgicas por categoría. Las 1.500 intervenciones que menciona el señor Diputado García referían a toda la coordinación. En estos meses hemos realizado muchísimas más operaciones de las que figuran. Se trataba de toda la coordinación. Hay que comparar esto exclusivamente con la lista de espera de pacientes no diferibles. Lo que trajimos es la cifra del compromiso que habíamos asumido: operar a los que figuraban en la lista de espera de pacientes no diferibles inicial. En ese sentido, incrementamos sustantivamente las operaciones, llegando a 1.064 operados de la lista de espera de pacientes no diferibles. En esa cifra no está toda la coordinación quirúrgica habitual y los pacientes no diferibles que se agregaron durante este período, que es de un 50% más.

Con respecto al incremento, que es mayor en el mes de enero, responde a que se dio solo el correspondiente al mes de enero, mientras que ahora se dio el de enero hasta marzo en todos los hospitales. El incremento es porque las intervenciones quirúrgicas de marzo del año pasado no fueron tan diferentes de las que están teniendo lugar ahora. Además, en enero hubo un incremento importante basado, sobre todo, en que los hospitales Pereira Rossell y Maciel, que ya venían operando poco y en enero de 2010 estaban operando muy por debajo de la línea basal que señalé, aumentaron sus operaciones; eso hizo que la diferencia fuera más marcada.

En cuanto a la consulta referida al Hospital de Paysandú, allí ocurrió lo que mencioné en la intervención anterior: de la lista de espera de 178 pacientes no diferibles que ellos construyeron, varios se pasaron al mutualismo y otros no respondieron el teléfono celular, probablemente porque ya no les pertenezca. Entonces, ellos han operado mucho más de coordinación y de la lista de espera de pacientes no diferibles que se han agregado y no estaban en la lista original.

SEÑOR GARCÍA.- En enero se había informado algo diferente a lo que se dice hoy. Esto confirma lo que yo sostuve en ese entonces: la suma que se presentaba en enero estaba vinculada a la coordinación y no a los pacientes no diferibles. Esto que se acaba de decir confirma plenamente el análisis que habíamos hecho en la última comparecencia aquí; tengo aquí la versión taquigráfica de la concurrencia de la delegación a la Comisión en enero. Esto es confirmatorio. Lo que se hizo en enero fue sumar los pacientes de coordinación, y ahora se usa otro criterio.

Quiero preguntar, sobre todo por alguna versión de prensa que surgió hoy, si el Ministerio de Salud Pública, y el señor Ministro como responsable político, piensan que cuando finalice el período de emergencia, es decir el 30 de abril los cuatro meses que corresponden a partir del 1º de enero, se va a terminar de operar a los pacientes que estaban en lista de espera y que fueran motivo de la declaratoria de emergencia sanitaria.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Quiero aclarar que los motivos de la emergencia sanitaria eran dos: la cobertura de urgencia y de emergencia y las listas de espera de pacientes diferibles.

El primer motivo tuvo una solución de emergencia vinculada con los recursos presupuestales y estamos discutiendo la eventual continuidad de la solución, pero desde el punto de vista de la solución asistencial y no del pago de retén doble. En cuanto al segundo motivo, que refiere a las listas de espera, la aparición de un problema estructural de fondo, un problema de distribución geográfica y no solo referido a lo público y privado, nos ha llevado a tener que discutir y evaluar el estado en el que estamos y cómo avizoramos el futuro. Hoy no tenemos una respuesta en ese sentido; en cuanto la tengamos obviamente, en un plazo muy corto, porque restan veinticinco días para la finalización del período, pensamos comunicarla, en primer lugar, a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes.

SEÑOR GARCÍA.- Con respecto, ya no al futuro sino a operar a la cantidad de pacientes que estaba en la lista de espera de lo contrario, pasaríamos a la gestión y yo quiero hablar de la emergencia,

quiero saber si el señor Ministro estima que en el lapso que queda se terminarán de operar los pacientes que se había dicho que se operarían en estos cuatro meses.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Estimamos que en Montevideo y en la zona metropolitana, sí. Y vamos a hacer un especial esfuerzo, a través de la complementación con FEMI, para terminar de hacerlo en el interior del país, pero todavía no puedo asegurarlo.

SEÑOR RADÍO.- Quiero dejar una constancia.

Deseo señalar que hay una secuencia temporal, efectivamente hay ley y hay acuerdo, pero de allí no necesariamente se deduce la visión de que se haya producido a causa de ello. La relación de causalidad no se establece por la secuencia temporal solamente y, en realidad, pasaron muchas cosas antes del acuerdo, que no solo fue la ley; pasaron muchas cosas muy buenas, como la inquietud y la preocupación que manifestaron las autoridades de este país, y muchas cosas muy malas, que ojalá las olvidemos pronto y no vuelvan a pasar en este país. Todo ello puede haber incidido. Por lo tanto, no me parece obligatoria la deducción de que por la ley se logró el acuerdo.

Por otra parte, no recuerdo que se dispusieran recursos extra en la ley. O sea que tampoco eso se produjo como consecuencia de la aprobación de la ley de declaración de emergencia sanitaria.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- La Ley de Presupuesto contenía un artículo por el cual se disponía un monto de hasta $ 200:000.000 en caso de que existiera emergencia sanitaria. Por ende, la declaración de emergencia sanitaria habilitó el uso de ese artículo presupuestal.

Respecto a la primera consideración que realizó el señor Diputado Radío, que creo que ya lo discutí con él en la reunión anterior, es un problema de valoración. Nosotros estamos convencidos de que si no hubiera habido ley, no habría habido acuerdos. Como sobre ello no hay evidencia empírica posible, tendríamos que volver el tiempo hacia atrás y no aprobar esa ley.

SEÑOR BERNINI.- Precisamente, iba a decir que ese es un problema de valoración política.

Recuerdo que cuando pasamos por aquellos momentos que nadie quería, tenía claro que no había posibilidad de que los gremios se sentaran a discutir. Sin embargo, a partir de la aprobación de la ley no solo se sentaron a hablar sino que se llegó a un acuerdo. Por lo tanto, respetando que son valoraciones, mi valoración es que ello fue determinante para llegar a un acuerdo y poder echar a andar todo esto.

SEÑOR VEGA LLANES.- En realidad, de lo único que quisiera olvidarme es de que había gente que había que operar y no se podía. Eso es de lo único que quisiera olvidarme. Todo lo demás, me parece que son hechos que se han sucedido en base a ello.

Si uno pasa meses tratando de acordar con alguien y hasta que no se le blandea el garrote en la cara, no se sienta, está claro que blandear el garrote fue lo que lo obligó a sentarse; eso está muy claro. Después, se puede ver el vaso como uno quiera: medio vacío o medio lleno; tanto da. Pero está claro que la decisión del Gobierno para resolver esta situación ha sido la que ha logrado estos acuerdos. Es más: creo que en el futuro logrará otro tipo de acuerdos que no habrían sido posibles si no estuviera de por medio esta ley. ¿Por qué? Porque estos pseudosindicatos, de alguna manera, empiezan a desgranarse. Eso es lo que pasa, habitualmente, cuando se termina tirando de la piola más de lo necesario.

Haciendo referencia a alguna expresión que tuvo el señor Diputado Radío en el plenario, quiero decir que, en realidad, nadie ahorcó a nadie; simplemente, si uno tira mucho de la cuerda, termina apretando y hace que la lengua quede fuera.

SEÑORA GREIF.- Es verdad que a veces no tenemos experiencia empírica como para decir que la emergencia sanitaria es consecuencia de la negociación que se dio después, o al revés. Lo que sí es cierto es que quienes estuvimos en el proceso de negociación con las gremiales veníamos negociando desde hacía mucho tiempo. Este tema fue puesto sobre la mesa en infinidad de oportunidades y no

pudimos llegar a ningún acuerdo. No se discutía porque las retribuciones que se estaban pidiendo en el área de la anestesia eran totalmente impagables por parte de la institución e innegociables por parte de las demás gremiales. Lo que dice la doctora Ferreira es así. El quiebre fue la emergencia sanitaria. El acercamiento, sobre todo de la Sociedad Anestésico Quirúrgica, se produjo en ese momento y hubo un cambio de interlocutores muy importante en la negociación, lo que permitió que se pudiera negociar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la delegación de ASSE por su participación.

(Se retira de Sala la delegación de ASSE)

(Ingresa a Sala el señor Ministro de Defensa Nacional y asesores)

—— La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social agradece la presencia conjunta de los Ministros de Salud Pública, economista Daniel Olesker, y de Defensa Nacional, señor Luis Rosadilla, así como del Subsecretario de Salud Pública, doctor Jorge Venegas. También nos acompañan el señor Jorge Delgado, Director General de Secretaría; la doctora Gabriela González, Directora General de Servicios Sociales y el Capitán de Fragata Pablo Marrero, Ayudante del señor Ministro de Defensa Nacional.

El tema de la convocatoria es la preocupación generada por versiones de prensa respecto a un posible cierre del Banco de Tumores del Hospital de las Fuerzas Armadas. Conocemos la iniciativa y el trabajo que realizan desde hace muchos años. El Banco de Tumores fue inaugurado en setiembre de 2007.

Más allá del tema puntual que generó esta preocupación referida al Banco de Tumores, es bueno resaltar la importancia del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, con más de cien años de existencia. Esta institución ha realizado veintiún transplantes hepáticos desde el año 2009. Además, cuenta con laboratorio propio que realiza más de ciento noventa productos y significa un ahorro muy importante en dólares.

Sin embargo, han surgido algunas preocupaciones. Una de ellas refiere a la reducción del presupuesto. En ASSE, en igual período, se aumentaron los presupuestos, pero, en términos reales, hay una caída del presupuesto en sanidad militar. También se da la imposibilidad de cubrir vacantes y de adecuar sueldos con el resto de los prestadores de salud.

En este contexto quisiéramos conocer la finalidad que se persigue. Queremos saber si de lo que se trata es de incluir al Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas en el Sistema Nacional Integrado de Salud y si se valora como positiva la gestión. Hemos visto que muchos de los usuarios están muy conformes con los servicios prestados. Otra de las inquietudes que tenemos es si esto no se podría considerar como un ejemplo de la administración de magros recursos que tiene el Estado. Además, queremos saber si para este tipo de situaciones que tratamos de resumir existe alguna información que la Cámara de Representantes desconozca.

SEÑOR MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL.- Saludamos a las señoras y señores legisladores.

Antes que nada, quisiéramos realizar una acotación. En la convocatoria que se nos formuló figuraba como tema exclusivo el del Banco de Tumores. Podríamos haber traído material sobre la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, pero esto no significa que no podamos contestar las preguntas. Simplemente, no las podremos respaldar con cifras porque no veníamos preparados.

Comenzaremos por la primer preocupación que fue planteada en esta instancia. Ustedes saben que las dificultades para lograr un modelo de contrato que habilitara a proseguir con el Banco de Tumores han sido superadas. El nuevo Presupuesto Nacional y algunas determinaciones tomadas por el Gobierno en relación a las contrataciones y las vinculaciones con el Estado no hacían posible la continuidad de algunos procesos de contratación como los que teníamos en ese sector. Sin embargo, desde fines de noviembre, se ha estado trabajando en ese tema y, finalmente, se ha logrado una solución para este año. Para el próximo, la solución tendrá que pasar por otros niveles institucionales: seguramente, habrá que concursar, etcétera. El Director General de Secretaría puede ampliar detalles desde el punto de vista administrativo.

Quiero dejar algo claro creo que es lo que me corresponde, porque, si no, puede parecer que es obvio, pero no lo es tanto. En ningún momento estuvo en cuestión la necesidad, la importancia de mantener ese centro abierto y operando. Nunca nos asomó la duda de que íbamos a alcanzar una solución. Las soluciones no son

fáciles; hay que ajustarse a las normas legales; esto no es solamente un tema de voluntad, sino de buscar soluciones en el marco de las normas, pero reitero que, finalmente, se lograron. Si quieren un detalle al respecto, el Director General de Secretaría y la Directora General de Servicios Sociales que son los que llevan adelante estos procesos están en condiciones de dárselo.

En relación con las inquietudes en general sobre la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, debemos decir no es la primera vez que lo decimos en esta Casa; ya lo hemos afirmado en ambas Comisiones y también públicamente e, inclusive, en el Consejo de Ministros que no estamos conformes con el presupuesto asignado a Defensa en relación con su Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Así como creemos y defendemos que se han cumplido los compromisos en otros ítems del Ministerio de Defensa Nacional, en estas áreas, quedamos con un presupuesto que no nos permite darles la continuidad, la fortaleza y la seguridad necesarias. No nos resignamos a decir que no tenemos presupuesto y, desde hace meses, hemos estado buscando con otras instituciones en particular, con el Ministerio de Salud Pública y con ASSE fórmulas que permitan mitigar esas carencias. Hemos encontrado algunas, y seguimos buscando otras.

Otra de las preguntas era si existía el propósito de integrar la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas al FONASA. Es un tema que no está en la agenda del Ministerio de Defensa Nacional, y, según tengo entendido, tampoco en la del Ministerio de Salud Pública.

En cuanto a si lo que allí sucede puede tomarse como modelo, yo creo que de todos los procesos se pueden tomar elementos positivos y otros que no lo son tanto. Obviamente, una institución que tiene tantos años y un nivel reconocido en muchas áreas puede ser tomada como modelo para otras instituciones en lo que hace a algunos de sus procedimientos. Nosotros creemos que, en otros aspectos, tiene carencias que hay que mejorar; cuando digo "nosotros", me refiero al Ministro y a las autoridades del sistema, que saben que es necesario mejorarlo.

Pensamos que ahí hay mucho para aprender, copiar o adaptar, y esto pasa por tener mucha más coordinación y contacto entre los efectores públicos de salud, un título que me cuesta un poco pronunciar. Creemos que son necesarios mayores niveles de comunicación y de intercambio, y no estoy hablando de integración en el sentido de la primera pregunta, sino de combinación, de complementación, que nos lleven a construir modelos cada vez más eficaces y más eficientes en todas las áreas. Esto sí forma parte de nuestras preocupaciones, y recién me decía el señor Subsecretario que está llevando adelante bastantes actividades de vinculación, de comunicación.

Creo haber contestado las principales preocupaciones planteadas. Desde el punto de vista de la voluntad, nunca estuvo en cuestión la continuidad del Banco de Tumores. Hubo problemas para encontrar los canales, los marcos administrativos y legales para que eso pudiese calzar, pero nunca tuvimos dudas de que alguna solución íbamos a encontrar. El Ministerio de Defensa Nacional estuvo seis días estudiando exhaustivamente este problema; el 1º de diciembre ya se había ido a buscar cómo encajar eso, que nunca debió haber dejado de funcionar dentro de un marco de normas que nos permitieran continuar la actividad. Digo esto para mostrar que nunca tuvimos dudas de que tenía que seguir.

Reitero que lo del FONASA no está en agenda; los modelos sí, porque creemos que procedimientos con tanta antigüedad y tanta fortaleza tienen cosas para aportar y, sobre todo, deben complementarse.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Simplemente, quiero reafirmar algunos conceptos que planteaba el señor Ministro de Defensa Nacional.

En primer lugar, la forma de integración de Sanidad Militar al Sistema Nacional Integrado de Salud no puede verse exclusivamente con respecto al "fonasamiento" de sus usuarios. Hay otra forma de integración que tiene que ver con las prestaciones. Nosotros hacemos una valoración muy positiva del nivel y la calidad de las prestaciones de Sanidad Militar en el segundo y el tercer nivel, que es donde actúa fundamentalmente

De hecho, la Red Integrada de Efectores Públicos en Salud RIEPS, que este Presupuesto aprobó, ya tiene varios productos concretos. El del transplante hepático es el más relevante, pero no es el único. Sin duda, el hecho de que el presupuesto de Sanidad Militar no haya acompañado no tanto en este período, sino en el anterior el ritmo de crecimiento de ASSE provocó una distorsión en su capacidad de captar recursos, sobre todo humanos. Eso fue objeto de nuestra preocupación y, junto con el señor Ministro de Defensa Nacional,

tuvimos una reunión con el Presidente. Allí comenzamos a planificar un proceso de interacción e integración asistencial que pudiera ir superando esos problemas, porque Sanidad Militar tiene una capacidad instalada que puede ser de mucha referencia para ASSE, que, priorizando su relacionamiento en la RIEPS, antes de comprar servicios en el sistema mutual, puede fortalecer este proceso de integración. Entonces, nosotros respaldamos su afirmación.

Respecto al Banco de Tumores, si bien es una Unidad de la Sanidad Militar, afecta sustantivamente al Programa Nacional de Cáncer PRONACAN del Ministerio de Salud Pública y a la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, en particular, el cáncer y, sobre todo, desde el año pasado cuando se firmó un acuerdo con los países de la región y con Estados Unidos para la utilización de dicho Banco a efectos de la detección del cáncer de mama fase II uno de los principales en la población de la región.

Estamos colaborando para encontrar una solución. El Director General podrá ampliar esta información, si ustedes lo desean. En lo que se refiere a gastos de funcionamiento y a recursos humanos, ya se tomó una resolución y hay voluntad del Gobierno nacional de que la solución para este año como planteó el señor Ministro de Defensa Nacional se consolide en el futuro a través de un mecanismo de rendición de cuentas o de otro tipo.

SEÑOR MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL.- Simplemente, quiero agregar un dato para que las señoras y señores legisladores tengan la certeza de que existe voluntad y compromiso con este programa.

A fines del año pasado, estábamos estudiando de qué manera podíamos dar continuidad a la permanencia de recursos humanos al frente de este Banco, y aplicando algunas economías, destinamos $ 850.000 para aparatos, insumos, etcétera, con el fin de fortalecer ese servicio. Digo esto para dejar constancia de que existe conciencia y voluntad de que se mantengan los recursos humanos, y no es solo una expresión, ya que hemos destinado recursos para eso.

SEÑOR GARCÍA.- Por lo que tengo entendido, si bien presupuestalmente tiene sede en Sanidad Militar, en el

Hospital Militar, el Banco de Tumores no es un programa de Sanidad Militar; es un Programa nacional. Digo esto a los efectos de que quede claro, porque no estamos hablando de un programa puntual, que también tendría valor si fuera así.

Quiero señalar, como Presidente de la Comisión de Defensa Nacional, que en breve lapso estaremos iniciando una serie de actividades. Seguramente, el mes que viene visitaremos el Hospital Militar e invitaremos a integrantes de esta Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero decir al señor Ministro que lo hemos convocado porque nos parece que el tema del Banco de Tumores está inmerso en una problemática más general.

Sabemos que allí funciona la Fundación Génesis, que también trabaja en el tema del Grupo Colaborativo Uruguayo, y nos ha pedido la modificación del artículo 70 bis del Decreto Nº 150/2007, que posibilita a las empresas hacer donaciones a las fundaciones y, de esa manera, tener recursos disponibles. Esperamos que haya voluntad para resolver esta inquietud.

Conocemos la importancia del Banco de Tumores y creemos que apunta a la medicina del siglo XXI. El análisis molecular es sumamente importante en el tratamiento de los diferentes tipos de cáncer, porque, a veces, tienen una determinada expresión histológica, pero son varias patologías que apuntan a lo mismo. Cuando se instaura determinado tipo de tratamiento, este análisis permite que se sepa si va a ser efectivo o no. Hay convenios a nivel regional que comprometen a nuestro país; por eso, queremos que el Banco de Tumores cuente con los recursos adecuados y, en lo posible, presupuestalmente, para que no tengamos todos los años la misma problemática.

SEÑOR VEGA LLANES.- Voy a hacer honor a mi profesión, porque dicen que somos medio burros.

Siempre me llamó la atención que, a veces, en este país, gastamos en ciertas cosas, y después, no hay aspirina para darle a la gente. Me parece que como Comisión de Salud Pública y Asistencia Social debemos analizar este proyecto con seriedad, porque yo no estoy seguro de que tenga una incidencia tan importante en la salud de la gente. En realidad, lo que pasa en este país es que hay alguien que se pone el bolso al hombro y, entonces, hace una serie de cosas que después tenemos que cargar todos.

En la biología molecular pasa como con el petróleo, vamos a tomar precios toda la vida, porque no tenemos la capacidad de investigarla a tal grado de profundidad que con esas técnicas podamos realizar tratamientos que sean serios y que tengan una incidencia real en la población. Me parece que esas cosas hay que analizarlas con seriedad. Hay gente que ha dedicado su vida a esta circunstancia, a los cánceres hereditarios, pero estos son los que inciden menos en la población del Uruguay y del mundo. Esa es la realidad. Realmente, no me sentiría bien si me fuera hoy de aquí sin decir esto. Después de que creamos algo ¡ah, la pucha, las vacas sagradas!, nos cuesta analizar cuál es la incidencia real.

Sanidad Militar es mucho más que el Hospital Militar. El Hospital Militar es un enorme monstruo que se ha tragado todo. Sanidad Militar son los milicos, las mujeres, todos los que están distribuidos por toda la República, que atienden en los cuarteles. Eso es Sanidad Militar. Esa gente tiene una cantidad de carencias. No es lo mismo ser militar en Florida que en Montevideo. Aquí, en Montevideo, van al hospital, pero, en Florida, tienen que hacer un acuerdo con Salud Pública para poder atenderse.

Cualquiera sabe que muchos somos del interior, lo que significa trasladarse del interior para acá, por más que las instalaciones estén bárbaras.

Realmente, no estoy seguro de esto, y me parece que daría para un análisis más ajustado para ver cuáles son los beneficios que se le puede ofrecer a la gente. Porque cuando uno gasta en este tipo de cosas, tiene que tener una muy clara correlación entre lo que gasta y el beneficio que está ofreciendo. Tal vez, esta no sea la discusión de hoy, pero, en algún momento, habría que retomarla; si no, vivimos con cosas que no podemos modificar. Y yo no estoy seguro de que sea bueno que no nos demos el tiempo necesario para pensar qué es útil y qué no. Y lo que no es útil, hay que modificarlo, hay que cambiarlo y dejar de hacerlo, si es que no nos sirve, si es que como país no nos da un beneficio real para la salud de la gente. Yo sé que esto es medio inesperado, pero realmente no me sentiría conforme conmigo mismo si no pudiera mostrar lo que en realidad pienso. Yo me pregunto qué beneficio real ha aportado esto a mis enfermos de cáncer en Florida y la contestación es que ninguno.

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Diputado Vega Llanes tiene todo el derecho de expresar sus pensamientos, más allá de que otros integrantes de la Comisión no los compartamos total o parcialmente.

Tal vez este no sea el momento para una discusión profunda.

También, quiero decir que la cifra que se maneja para el funcionamiento del Banco de Tumores es ridícula comparada con las del Presupuesto Nacional. Entonces, pienso que valdría la pena discutir en profundidad los costos y los beneficios en otro momento.

SEÑOR VENEGAS.- En cuanto a la inquietud planteada, creo que el monto es insignificante y que hay que mirar mucho más allá.

En mi opinión, el Hospital Militar tiene el privilegio de tener un Banco de Tumores que es referente a nivel nacional. También tenemos uno en el Pereira Rossell, que es un hospital de alta concentración y que estudia todo lo referente a la parte tumoral, no solamente oncológica, sino otras cosas.

Siempre hay que pensar que la salud no tiene fin en sí misma, y que el Banco de Tumores es algo para ver en perspectiva. Se trata del futuro de la Humanidad; no se estudia solamente la genética molecular, sino que se estudia el futuro de la Humanidad.

Debemos tener en cuenta el gran costo que tienen las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y subrayo la obesidad. Por lo tanto, hay que pensar en el futuro. Veintiocho millones de personas padecen estas

enfermedades y mueren a causa de ellas en el mundo. El 80% de esa cifra está en los países de medianos y bajos ingresos como el nuestro.

Entonces, ¡vaya si es importante la investigación! ¡Vaya si es importante acumular a veinte o treinta años! Porque, sino, habría que preguntarse si a principios del siglo XVIII la microbiología era necesaria. Actualmente, para nosotros, es fácil determinar un antibiótico, así como también la etiología de una enfermedad supuestamente infecciosa. Pero se tuvo que estudiar. Por lo tanto, lo que importa no es solamente lo inmediato.

Creo que ningún sistema de salud que se pretenda que sea relativamente viable es soportable si no se tiene en cuenta la implicancia fiscal y económica que va a tener dentro de veinte o cuarenta años y el gran peso que tendrá la salud pública en el mundo.

Por lo tanto, bienvenido sea el debate, pero debemos tener perspectiva de futuro y no pensar solo en la actualidad de la reforma y de su legislación. Pienso que la ignorancia que hoy tenemos en este campo de la salud, probablemente, se va a despejar poco a poco. Es un campo limitado que tiene mucha importancia y un formidable despliegue que creo que nuestros profesionales merecen conocer.

Estamos hablando de $ 800.000; no es nada. Pensemos que los países de punta que hacen investigación invierten millones de dólares. Hoy, el Gobierno está haciendo un esfuerzo grande en materia de investigación, que se realiza básicamente en el Banco de Tumores; no hay otra. El Banco de Tumores del hospital Pereira Rossell tiene más de veinte líneas de investigación. Esto nos demuestra la importancia que tiene. Además, se comunica directamente con el Hospital Pediátrico de Barcelona.

Otro tema es a dónde va el conocimiento y dónde se aplica. Esa es otra discusión.

También habría que plantearse si la economía está hecha para investigar, o si la investigación está hecha para la economía. Esto es otra cosa que habría que plantearse.

En definitiva, este es un tema no menor, y nosotros, a través del Ministerio, vamos a impulsar todas esas cosas, porque nos parece que el talento joven, que hoy se está formando en nuestra Universidad, merece desarrollarse en ese campo. Tengamos en cuenta que hace un tiempo era impensable que los químicos estuvieran dentro de los hospitales; en cambio, hoy es algo habitual. Lo mismo sucede con los ingenieros de sistemas, porque ¿quién no maneja una computadora?

En consecuencia, creo que en cuanto al Banco de Tumores, el país merece un análisis profundo, y se debe respetar el hecho de que la investigación puede dar luz a las dificultades que tenemos con las enfermedades crónicas no transmisibles.

SEÑOR GARCÍA.- Creo que la intervención que acaba de hacer el señor Venegas es el mejor colofón para esta reunión.

Yo la comparto mil por mil, y lo quería señalar porque suelo discrepar muchas veces con él. Quiero destacar la lucidez y la visión que tuvo al realizar sus manifestaciones.

SEÑOR RADÍO.- Comparto lo manifestado por el señor Venegas.

Quiero agradecer nuevamente la visita y trasmitir mi beneplácito por la resolución que tuvo esta situación.

Por otra parte, quiero decir que el señor Diputado Vega Llanes, en el acuerdo o en el desacuerdo, siempre nos sacude las neuronas y tenemos que agradecérselo. Sin embargo, yo no estoy seguro de si la incidencia del factor hereditario en los cánceres es mínima. El cáncer de mama tiene una incidencia familiar importante, y pido disculpas al señor Diputado Vega Llanes, que sabe más que yo de este tema. De cualquier manera, me parece bien poder reflexionar sobre el tema y, seguramente, vamos a tener que debatir al respecto.

SEÑOR VEGA LLANES.- Naturalmente, es muy interesante lo que ha planteado el doctor Venegas; el problema es que Uruguay nunca tiene proyectos redondos: juntamos los tumores y después vemos qué hacemos. En general, los proyectos deberían estar vinculados con el desarrollo de otras áreas, pero el

asunto es que también habría que desarrollar esas áreas. Además, después habría que fijar prioridades; este es otro de los temas. Por ejemplo, a mí me parece muy bien que el Fondo Nacional de Recursos le coloque prótesis a la gente, ¡pero hay que llegar a los 70 años! Si no ayudamos a la gente a llegar a los 70 años de edad, ¿cómo hace para ponerse una prótesis de cadera?

Entonces, el escalonamiento de los asuntos también importa. Si hay un Banco de Tumores en el Hospital Pereira Rossell, ¿por qué también hay uno en el Hospital Militar?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Porque uno es un hospital pediátrico y el otro, general.

SEÑOR VEGA LLANES.- Pero, en general, los tumores se pueden juntar. Para conservar tejidos no se necesita preguntar la edad; en cualquier heladera entran...

(Hilaridad)

—— Uno de los temas que se está investigando es el de la herencia con relación al cáncer en personas de mucha edad.

Insisto: hay que establecer un escalonamiento y discutir cómo utilizamos los recursos, porque los que tenemos son limitados. Me parece bárbaro que se proyecte a 30 años, pero si tengo resuelto el hoy, porque si no tengo camisa, difícilmente pueda pensar en comprarme una corbata mañana. Tengo que asegurarme de tener la camisa hoy.

Venimos de una reunión en la que estábamos discutiendo que hay gente que tiene que operarse de un tumor, pero no ha podido hacerlo.

Está todo bien; yo sé que $ 800.000 no es tanto, pero me parece que hay que balancear las cosas, porque también es cierto que desde el punto de vista del desarrollo de la investigación dependemos de lugares que no son de Uruguay.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de los señores Ministros y de las delegaciones que los acompañan. Seguramente aceptaremos la invitación del señor Diputado Javier García de que la Comisión concurra a conocer el Banco de Tumores, pues nos servirá para enriquecer esta discusión.

Se levanta la reunión.

ENTREGADO EN LA COMISIÓN POR EL SEÑOR MINISTRO OLESKER

5 DE ABRIL DE 2011

